

Макростомия часто сочетается с пороками развития ушной раковины, входит в состав различных наследственных синдромов.

Микростомия – это сужение ротовой щели. Наследственную микростомию можно встретить крайне редко, чаще встречается приобретенная микростомия. Причиной ее возникновения являются рубцовые изменения, которые возникли после травм, пластических операций, гнойных воспалительных процессов ротовой полости, операций, связанных с опухолью, после ожогов лица, язвенно-некротических процессов, при системной склеродермии и туберкулезной волчанке, а также травм нижней части лица со значительными дефектами нижней челюсти и мягких тканей, окружающих область рта.

Таким образом, экспонаты тератологического музея «Гродненская кунсткамера» активно используются в ходе практических занятий и являются важными составляющими учебного процесса на кафедре нормальной анатомии, а также демонстрируются посетителям музея в качестве наглядного пособия при профориентационном и экологическом просвещении.

Список литературы:

1. Использование музейных коллекций кафедры биологии в учебном процессе / А. Н. Пашков [и др.] / Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке, 2018. – Т. 20. – № 2. – С. 25-30.
2. Белая, В. А. Особенности врожденных пороков головы и шеи / В. А. Белая / Актуальная медицина: материалы I Студенческой научно-теоретической конференции, посвященной 120-летию со дня рождения С. И. Георгиевского, 2018. – С. 661-664.

АНОМАЛИИ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ В КОЛЛЕКЦИИ ТЕРАТОЛОГИЧЕСКОГО МУЗЕЯ «ГРОДНЕНСКАЯ КУНСТКАМЕРА»

Калесник А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра нормальной анатомии

Тератологический музей «Гродненская кунсткамера» открылся в 2013 году на базе кафедры нормальной анатомии Гродненского государственного медицинского университета. Коллекция музея включает в себя порядка 50 экспонатов различных аномалий тела человека. Препараты были подготовлены сотрудниками кафедры нормальной анатомии в период с 1960 по 2000 гг. и являются уникальными, поскольку

подборка такого рода аномалий в современном мире сопряжена со сложными этическими проблемами и практически невозможна [1].

Целью данной статьи является обобщение литературных данных применительно к тем препаратам с аномалиями верхней конечности, которые имеются в экспозиции гродненского музея.

Пороки развития верхней конечности – стойкие отклонения в строении органов, возникающие внутриутробно и выходящие за пределы вариаций нормы.

По происхождению различают три группы: 1) наследственно обусловленные; 2) обусловленные тератогенными (средовыми) факторами; 3) мультифакторные [2].

Рассмотрим некоторые из пороков развития верхней конечности.

Дистальная эктромалия – редукционные пороки удаленных от туловища дистальных отделов конечностей. Чаще всего встречается недоразвитие или отсутствие лучевой кости – одной из костей предплечья. Эта аномалия известна в клинике под названием лучевой косорукости (радиальная меромелия). Кисть при косорукости повернута внутрь, к туловищу, фиксирована в таком положении и стоит под различным углом к предплечью. Средняя частота аномалии среди новорожденных равна 1 случаю на 30000 и составляет 30% от всех редукционных пороков конечностей. Лучевая косорукость сопровождается дефектами развития мышц, сосудов и нервов, резким укорочением конечности, обычно бывает односторонней.

Аксиальная эктромалия – это недоразвитие или отсутствие как дистальной, так и проксимальной частей конечностей. Обычно отсутствует одна из длинных костей (бедро или плечо, одна из костей голени или предплечья), а другие кости неразвиты.

Фокомелией (тюленеобразными конечностями) называют полное или частичное отсутствие проксимальных частей конечностей. Может встречаться как полная, так и неполная форма фокомелии. При полной форме фокомелии кисти или стопы прикрепляются сразу к туловищу – плеча и предплечья (или бедра и голени) нет. Конечности при этом по внешнему виду напоминают лапы тюленя, отсюда и второе название аномалии. Сами кисти или стопы при полной форме фокомелии могут быть нормально сформированы или иметь рудиментарный (недоразвитый, неполный) вид. В случае, когда вместо нормальной кисти или стопы имеется только один сформированный или недоразвитый палец, отходящий напрямую от туловища, аномалия носит название перомелии. Фокомелия отмечается с частотой 1 случай на 75000 новорожденных.

Амелией называют отсутствие всей конечности. У ребенка могут отсутствовать сразу две верхние конечности – абрахия, одна верхняя конечность – монобрахия или обе нижние конечности – апус, одна нижняя

конечность – моноапус. На стороне отсутствующей конечности (конечностей) плечевой пояс или таз недоразвиты и деформированы. В коллекции «Гродненской кунсткамеры» имеется один такой экспонат

Расщепление кисти на две половины глубокой расщелиной, когда кисть имеет форму клешни, называется эктродактилией. При типичной форме эктродактилии на кисти отсутствуют один или несколько пальцев (II-V), а в некоторых случаях также отмечается отсутствие соответствующих пястных костей. В случае атипичной формы расщелина неглубокая, имеет вид чрезмерно расширенного межпальцевого промежутка, а анатомическая структура кисти серьезно не изменена. Расщелина кисти может быть изолированной или сопровождаться другими аномалиями развития конечности. Правая кисть поражается чаще левой, частота типичной расщелины составляет 1 случай на 900000 родов, атипичной – 1 случай на 150000.

Брахидактилия, или короткопалость, возникает при отсутствии или недоразвитии фаланг пальцев, вследствие чего пальчики ребенка кажутся намного короче нормальных. Брахидактилия может быть и при наличии всех фаланг в тех случаях, когда отмечается укорочение костей пальцев кисти.

Полидактилией называется врожденный порок, при котором вместо 5 пальцев на кистях отмечается 6 и более (до 8-12, иногда даже еще больше) пальцев. Дополнительные пальцы могут быть развиты полностью или не полностью, соединяясь с нормальными пальцами в общий сустав или с помощью мягкотканой ножки.

Частота полидактилии составляет 0,45 случая на 1000 новорожденных.

Синдактилия – сращение нескольких пальцев, на стопах встречается в 4 раза чаще, чем на кистях. Не разделены обычно бывают II и III пальцы. Как правило, пальцы сращены друг с другом полностью, но посредством только мягких тканей (кожи, подкожной клетчатки и мышц). Реже пальцы сращены между собой посредством только кожи, перепонки или сращены фаланги пальцев (все или только концевые фаланги). Частота синдактилии составляет 1 случай на 2000-3000 новорожденных.

Гигантизм конечностей – это врожденный порок опорно-двигательного аппарата, при котором отмечается одностороннее увеличение тела и конечности. Возможно увеличение в размерах конечности целиком или только отдельных ее частей. Различают также истинный и ложный гигантизм. При истинном гигантизме увеличиваются все анатомические компоненты конечностей. При гигантизме пальцев в патологический процесс могут вовлекаться один или несколько пальцев, чаще II или III. Нередко сочетается с синдактилией [2].

Таким образом, экспонаты тератологического музея «Гродненская кунсткамера» активно используются в ходе практических занятий и

являются важными составляющими учебного процесса на кафедре нормальной анатомии, а также демонстрируются посетителям музея в качестве наглядного пособия при профориентационном и экологическом просвещении.

Список литературы:

1. Использование музейных коллекций кафедры биологии в учебном процессе / А. Н. Пашков [и др.]/ Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке, 2018. – Т. 20. – № 2. – С. 25-30.
2. Заяц, Р. Г. Основы общей и медицинской генетики/ Р. Г. Заяц, И. В. Рачковская // Учеб. пособие. – Мн.: «Выш. шк». , 1998. – 255 с.
3. Лазюк, Г. И. Тератология человека / Г. И. Лазюк // – М.: Медицина, 1991. – 480 с.

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

Кендыш Ю. Н., Волчкевич Д. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Кафедра нормальной анатомии

Одной из самых распространенных аномалий стопы является плоскостопие. Возникая в детском или подростковом возрасте, при несвоевременной диагностике и лечении, болезнь прогрессирует, принимая необратимый характер, и ведет к ограничению социальной активности [1,2]. Данные литературы свидетельствуют об индивидуальности и изменчивости в развитии опорно-двигательного аппарата детей, что может привести к затруднениям в диагностике и лечению плоскостопия [3]. В связи с этим, изучение анатомической изменчивости остается актуальной проблемой современной морфологии.

В условиях современного развития медицинской техники для изучения плоскостопия у детей используется обзорная рентгенография, компьютерная томография [4].

Цель: изучить эпидемиологию плоскостопия у детей, а также особенности строения стопы в казанной возрастной группе.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 92 рентгенограмм стоп детей (31 – девочка, 61 – мальчик) в возрасте от 7 до 18 лет до и после хирургического лечения плоскостопия. Для оценки и выставления степени тяжести продольного плоскостопия использовались показатели высоты и угла продольного свода стопы, а